

Maksiller ve Mandibular Odontojenik Enfeksiyonların Baş-Oyun Bölgesindeki Yayılım Alanları

The Pathways of Maxiller and Mandibular Odontogenic Infection in Head and Neck Area

Ufuk Ateş*, Ömer Engin Bulut**

Özet

Baş-boyun bölgesinde görülen şişliklerin önemli bir bölümünü maksiller ve mandibular odontojenik enfeksiyonlar oluşturur. Oral kavitenin steril olmaması nedeniyle odontojenik enfeksiyonlar genellikle yayılma eğilimi gösterirler. Odontojenik enfeksiyonlar, oral kavite içerisine, maksiller ve mandibular kemiklere, komşu çevre dokulardaki önemli anatomik yapı ve boşluklara dolayısı ile baş-boyun bölgesine kolaylıkla yayılma ihtimali bulunduğu dikkat edilmesi gereken patolojilerdir. İçerdiği önemli yapılar ve fonksiyonları sebebiyle baş-boyun bölgesinin anatomisinin iyi bilinmesi, bu bölgeye yayılım gösteren enfeksiyonlara uygulanacak doğru cerrahi ve medikal tedaviler hayati önem arz eder.

Anahtar Kelimeler: Odontojenik enfeksiyon, baş-boyun bölgesi

Abstract

The majority of the swellings which are seen in oral and maxillofacial region are maxillary and mandibular odontogenic infections. Odontogenic infections which usually take place in oral cavity, maxillary and mandibular bone and head and neck area, spread because of the nonsteril conditions of the oral cavity. Knowledge of the anatomy of head and neck region is essential because of their crucial functions. The correct surgical approaches and medical treatments to infections spread to this region are vital. In this work these issues are reviewed.

Key Words: Odontogenic infections, head and neck region.

* Dr. Dt., Başkent Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı

** Doç. Dr., Başkent Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı

Giriş

Normal şartlar altında oral kavite hiçbir zaman steril değildir ve iç-dış faktörlerin yetersiz olduğu durumlarda enfeksiyon riski artar¹⁻³. Ağız içindeki mikroorganizmaların fazla olmasına ve yara bölgesinin gerçek anlamda aseptisinin sağlanamamasına rağmen; dental tedavi sonrası gelişen enfeksiyonun sık rastlanan bir komplikasyon olmaması oldukça ilginçtir²⁻⁴. Bunun nedeni gerek lokal ve sistemik konakçı cevabının iyi oluşu, gerekse operasyon sırasında varolan ancak mutlak sepsis oluşturan bir mikroorganizma türünün bulunmamasıdır. Enfeksiyona neden olan bakteriler çoğunlukla konakçıya yaşayan endojen bakterilerdir. Bunlar daha çok plak, gingival sulkus ve mukoza yüzeyinde yer alırlar⁵. Oral florada bulunan mikroorganizmalar lokal veya sistemik konakçı savunmasının bozulduğu anda patojenite kazanır. Oral enfeksiyonlara yönelik çalışmalar ortaya çıkan enfeksiyonların, aerob ve anaeroblardan meydana gelen karışık bir flora sahip olduğunu ortaya koymuştur⁵⁻⁸. Anaerob sayısı aerob sayısının aşağı yukarı 8 ila 10 katıdır^{6,9,10}. Karışık aerobik ve anaerobik enfeksiyonların hangi metot ile geliştiği kesin olarak bilinmemektedir. Derin dokulara yerleşmeyi takiben; yayılım ve virulansı daha yüksek olan mikroorganizmalar enfeksiyonu başlatarak sellülit tipte enfeksiyona yol açar. Daha sonra anaerob bakteriler, lokal redüksiyon-oksidasyon potansiyelinin düşmesinden faydalanarak etkin duruma geçer. Enfeksiyonun apse fazında daha kronik bir yapı kazanmasına da anaerob bakteri grubunun baskın bir yapı sergilemesi neden olur⁵. Bu sınırlanma sürecinde başarısızlık olduğunda, enfeksiyon, sert veya yumuşak dokularda yayılım gösterebilir. Bu yayılım, vasküler kanallar yolu ile olabileceği gibi, geniş çaplı ödem ve doku konturu kaybına sebep olan dokunun otolizisi vasıtasıyla da gerçekleşebilir. Değişik doku katmanları aşılırdıkça drenaj fistülleri oluşabilir. Oral kaviteye, cilt yüzeyine hatta antrum ve orbitaya fistüller açılabilir. Mikroorganizmanın virulansı ve anatomik tutulum nedeniyle erken konak cevabı yetersiz olursa, daha dissemine enfeksiyon ve septisemi herhangi bir

organ sistemini tutabilir ve hatta ölüm ile sonuçlanabilir. Bu açıdan ele alındığında maksiller ve mandibular odontojenik enfeksiyonların baş-boyun bölgesindeki komşu anatomik alanlara (Tablo 1) yayılımı büyük önem arz eder.

Maksiller Odontojenik Enfeksiyonların

Yayılım Alanları: Maksiller diş bölgesinden enfeksiyonun dağılımı genellikle bukkal ve kanin bölgelerini içine alacak şekilde olur (Tablo-2). Nispeten daha az sıklıkla infratemporal ve temporal

Maksiller santral dişler	Vestibüler submuköz apse Burun tabanı apsesi
Maksiller lateral dişler	Palatinal submuköz apse Burun tabanı apsesi
Maksiller kanin dişler	Vestibüler submuköz apse Fossa kanina apsesi
Maksiller premolar dişler	Vestibüler submuköz apse Palatinal submuköz apse Sinüs ampiyemi
Maksiller molar dişler	Vestibüler submuköz apse Palatinal submuköz apse Sinüs ampiyemi
Maksiller yirmi yaş dişleri	Vestibüler submuköz apse Palatinal submuköz apse Retromaksiller apse Yanak apsesi
Mandibular santral dişler	Vestibüler submuköz apse Lingual submuköz apse Submental apse
Mandibular lateral dişler	Vestibüler submuköz apse Lingual submuköz apse Submental apse
Mandibular kanin dişler Mandibular premolar dişler	Vestibüler submuköz apse Vestibüler submuköz apse Sublingual apse
Mandibular molar dişler	Vestibüler submuköz apse Sublingual apse Submandibular apse
Mandibular yirmi yaş dişleri	Vestibüler submuköz apse Submandibular apse Yanak apsesi

Tablo 2: Maksiller ve Mandibular dişlerden gelişebilecek odontojenik enfeksiyonların yayılım alanları

alanlarıda içerebilir. Bütün odontojenik enfeksiyonlarda olduğu gibi lateral ve retrofaringeal bölgeleri de yayılım alanları içerisinde olabilir¹¹.

Infraorbital Alan Enfeksiyonları:

Anterior maksiller dişler buksinatör kasın ön kısmında yer alırlar. Selülitis ilk olarak üst dudak ve kanin bölgeye yayılır. Çoğunlukla da yüzeyel periorbital alanıda içine alır. Hastalarda klinik olarak üst

ANATOMİK ALANLAR	ANTERİÖR SINIR	POSTERİÖR SINIR	SUPERİÖR SINIR	İNFERİÖR SINIR	YÜZEYEL VEYA MEDİAL SINIR	DERİN VEYA LATERAL SINIR
BUKKAL	Ağız köşesi	M. Massetericus, Pterygomandibular boşluk	Maksilla, İnfracorbital boşluk	Mandibula, Doku ve deri	Subkutanöz yapı	M. Buccinatorius
İNFRORBİTAL	Nazal kartilaj	Bukkal boşluk	M. Quadratus labii superior	Oral mukoz	M. Quadratus labii superior	M. Levator anguli oris, Maksilla
SUBMANDİBULAR	Digastrik ön karnı	Digastrik arka karnı, M. Stylohyoideus, M. Stylofarengus	Mandibulanın inferior ve medial yüzü	Digastrik tendon	M. Platisma, Ayırıcı fasias	M. Mylohyoideus, M. Hyoglossus Süperior konstrüktör
SUBMENTAL	Mandibula alt kenarı	Hyoid kemik	M. Mylohyoideus	Ayırıcı fasias	Ayırıcı fasias	Digastrik ön karnı
SUBLİNGUAL	Mandibulanın lingual yüzü	Submandibular boşluk	Oral mukoz	M. Mylohyoideus	Dil kasları	Mandibulanın lingual yüzü
PTERYGOMANDİBULAR	Bukkal boşluk	Parotis bezi	M. Mylohyoideus lateralis	Mandibula alt kenarı	M. Pterygoideus medialis	Ramus mandibulanın üst kenarı
SUBMASSETERİK	Bukkal boşluk	Parotis bezi	Zigomatik ark	Mandibula alt kenarı	Ramus mandibulanın üst kenarı	M. Massetericus
LATERAL FARENGEAL	M. Konstrüktör farengus superior ve medius	Karotid kılıfı, Scalene fasias	Kafatası tabanı	Hyoid kemik	M. Konstrüktör farengus, Retrofarengal alan	M. Pterygoideus medialis
RETRO FARENGEAL	M. Konstrüktör farengus superior ve medius	Alar fasias	Kafatası tabanı	C6-T4 de alar ile prevertebral fasias birleşim noktası	-----	Karotid kılıfı, Lateral farengal boşluk
İNFRATEMPORAL	Tuber maksilla	Parotis ön yüzü	Fossa temporalisin infratemporal yüzü	Spasium pterygomandibular parapharyngeum	Ramus mandibulanın iç yüzü	Pterygoid çıkıntı, Pharynx
TEMPORAL	Zigomatik kemiğin temporal yüzü,	-----	-----	Fossa infratemporalis	Fasias temporalis	Frontal kemik, Parietal kemik,

Tablo 1: Baş-boyun bölgesine ait boşlukların anatomik sınırları

dudakta şişme ve ödematöz periorbital doku göze çarpar. Tedavi olarak, pulpa kanal tedavisi ya da çekim, cerrahi drenaj ve antibiyotik kullanımı düşünülür. Kanin dişin drenajı fossa kaninaya komşu mukobukkal kattan yapılır^{11,12}.

İnfratemporal Alan Enfeksiyonları:

Bu bölgenin enfeksiyonu ağrısızdır ve klinik parametreler kullanılarak yapılan diyagnozu zordur. Trismus ve ağrı nedeniyle de cerrahi drenajı zor olur. Antibiyotik kullanımını gerektirir. Enfeksiyon infratemporal alandan pterigoid uzantının lateralinden mediyaline, farinkse, paratiroid bezin posterioruna, maksillanın anterioruna ve infratemporal fos-

sanın üst bölümüne sıçrama yapabilir. Fossanın orbitayla ilişkisi ve inferior orbital fissür yoluyla enfeksiyonun göze doğru ilerlemesi hayati tehlike taşır^{11,13}.

İnfratemporal alanın enfeksiyonu genellikle diğer derin alan enfeksiyonlarıyla ilişkilidir¹⁴. Bu ilişki genellikle bukkal ve temporal alanlardır. İnfratemporal alan enfeksiyonlarının izole bir halde bulunması nadir bir durumdur. Ancak posterior maksiller dişlerden orijin alan enfeksiyonlar da görülebilir¹³. Maksiller 3. molar diş genellikle enfeksiyonun kaynağını oluşturur. Eğer klinik olarak trismus, ağrı, maksiller posterior dişlerin periapikalinde enfeksiyon var ise ya da hasta 3. molar bölgeden cerrahi

geçirmiş ise Bilgisayarlı Tomografi veya Manyetik Rezonans Görüntüleme istenmelidir¹⁵. Periaürüküler alanda ve inferior zigomatik ark hizasında şişme ve kızarıklık minimum olabilir. Enfeksiyon, bukkal alanı, yüzeysel orbital alanı, farinks ve mandibulanın derin alanlarında içine alarak yayılım gösterebilir¹¹. Enfeksiyon farinksine almış ise yaygın olarak disfaji belirir. Eğer orbital bölgeyi içine almış ise orbital septumda proptosis, optik nevritis, görüş kaybı ve oftalmoplegia gelişebilir¹⁶.

Temporal Alan Enfeksiyonları:

Yüzeysel temporal alan, temporal fasiya ve temporal kasa bağlıdır. Derin temporal alan, temporal kasın kafatasına tutunduğu bölge ile sınırlıdır. Derin ve yüzeysel temporal alanlar, infratemporal ve masseter enfeksiyonların sekonder yayılım alanları olabilir^{11,17}. Hastalar; trismus, ağrı ve baş ağrısından şikayet ederler. Kalıcı diffüz baş ağrısı ve titreme intakraniyal içerikli enfeksiyonun ilk belirtileri olabilir. Menenjit ya da ensefalitin belirtileri oluşabilir¹⁸. Yutkunma güçlüğü, infratemporal alan enfeksiyonlarında yaygın olmayan bir bulgudur. Temporal alan enfeksiyonları diğer derin enfeksiyonlardan farklılık gösterir. Şişkinlik minimaldir. Genellikle fluktuasyon göstermez ve spontan eksternal drenaj nadiren meydana gelir¹⁴.

Drenaj, zigomatik arkın altında ve ağız içinden yapılır ya da ekstraoral olarak şakak bölgesinden yapılabilir. Drenaj gerçekleşmez ise şakaktaki yumuşak dokularda balon benzeri şişme görülür. Şişen bölgenin altındaki temporal alanda nekroz oluşur. Nekrotik doku çıkarıldıkça drenajda gerçekleşir. Cerrah ilk olarak insizyon ve drenaj tekniği ile ölü dokuyu uzaklaştırmalıdır. Bazen ekstraoral alanda insizyon ve drenaj için alan, 2-3 cm daha uzatılabilir. Bu teknik bölgeye direkt ulaşımı kolaylaştırır. Drenajın orjinine daha rahat ulaşabilmek için ek insizyonlar yapılabilir. Skar oluşumu ve kalıcı trismus, fizyoterapi ve masaj ile rahatlatılmaya çalışılmalıdır¹⁹.

Bukkal Aralık Enfeksiyonları:

Bukkal aralık süperfisiyel ve derin temporal aralıkların anteriorunda buksinatör ve süperfisiyel fasiyanın arasında uzanır¹¹. Bu aralıkla sınırlı olan enfeksiyonlar genellikle ciddi değildir; yanak şişer, trismus çoğunlukla belirgin değildir ve hastanın genellikle bazı sistemik semptomları olur (resim 1). Tedavi edil-



Resim 1: Sol alt 2. premolardan kaynaklanan bukkal apsenin klinik ve radyolojik görünümü.

meyen enfeksiyonlar ya diğer aralıklara yayılacak ve çok daha fazla tehdit edici bir yapıda davranacaklar ya da spontan olarak drene olacaklardır. Bukkal şişliklerin karakterini ve odontojenik enfeksiyonların potansiyel bölgeleriyle ilişkilerini belirlemek oldukça zordur. Bukkal aralık hem maksiller hemde mandibular enfeksiyonlarda dahil olabilir. Bukkal aralığa cerrahi yaklaşım, mandibular bukkal sulcusun süperior kısmında yer alır. Bukkal aralığın inferior marjindeki bir açıklık gerekli drenajı kolaylaştırır^{12,13}.

Mandibular Odontojenik Enfeksiyonların

Yayılım Alanları: Mandibular kesiciler ve kaninlerden köken alan enfeksiyonlar ya labiale ya da lin-

gualle yayılabilirler (Tablo-2). Eğer kök apeksleri mental kasın insersiyonunun üzerinde ise enfeksiyon bukkale perforer olur. Selülit ve pü formasyonu intraoral olarak kalır. Mandibular enfeksiyon linguale yayıldığı zaman, diş apekslerinin mylohyoid kasın yukarısında ya da altında olmasına bağlı olarak ya sublingual aralık ya da submandibular üçgen olaya dahil olacaktır. Premolarlar ve birinci molarlar apekslerinin mylohyoid ile olan ilişkilerine göre çeşitlilik gösterirler. İkinci ve üçüncü molarların apeksleri genellikle mylohyoidin altındadır ve submandibular aralık enfekte olmaya yatkındır. Ekstraoral lokalizasyon belirgindir^{11, 20}.

Sublingual Aralık Enfeksiyonları:

Sublingual aralık mukoza ve mylohyoid kas arasındaki ağız tabanını işgal eder. Bu aralığın dahil olması ağız tabanının şişmesi, ağrı, yutkunmada güçlük ve dil hareketlerinde kısıtlanmayla sonuçlanır²¹. Ağız tabanı enfeksiyonları yetersiz tedavi edilirse enfeksiyon submandibular aralığa yayılabilir²². Submandibular aralığa enfeksiyon yayılma ihtimali varsa, sublingual aralığın insizyon ve drenajı ekstraoral bir yaklaşımla yapılmalıdır. İzole sublingual aralık enfeksiyonları intraoral olarak drene edilebilir ve bağlı olmayan drenaj sağlanır. Sublingual bezin kapsülünün zedelenmesi sıklıkla ağız tabanı enfeksiyonunun bir sekolidir. İnsizyon ve drenaj yerleştirildikten sonra ısrarcı ve azalmayan drenaj sublingual bez sekresyonlarını işaret edebilir²³.

Submandibular Aralık Enfeksiyonları

Submandibular aralık enfeksiyonları sıkı şişlikler, ağrı, palpasyonda hassasiyet ve masseterik alan enfeksiyonu ile karşılaştırıldığında sınırlı bir trismusla karakterizedir. Odontojenik enfeksiyonlarla ilişkili olmayan submandibular aralık şişlikleri dental etyolojili bir selülitte karıştırılabilir¹². Enflamatuvar durumlar, neoplazmlar ve submandibular bezin obstürüktif bozuklukları mandibulanın altında hassas bir şişliğe sebep olabilirler. Submandibular nodu içeren metastatik ve primer neoplastik hastalıklar da submandibular üçgen büyümelerine neden olabilir-

ler ve yanlışlıkla odontojenik enfeksiyonun yayılması olarak teşhis edilebilirler²⁴. Submandibular aralık sublingual aralığıda içerir ve süperior olarak oral müköz membran ve dil ile sınırlıdır. Servikal fasi-a'nın süperfisiyel tabakası inferior sınırını oluşturur ve hyoid kemikten mandibulaya kadar uzanır. Mylohyoid kasın altındaki aralık digastrik kasın anterior karnı ile submental ve submandibular aralıklara bölünmüştür^{11, 25}.

Submental Aralık Enfeksiyonları:

Submental aralık enfeksiyonları genellikle mandibular keser dişlerden kaynaklanırlar. Alt keser dişlerin kök uzunlukları enfeksiyonun, mental kasın altına inmesine yol açarsa, enfeksiyon anteriorda mandibula altında toplanır¹¹. Submental aralık enfeksiyonları ayrıca sublingual ve submandibular aralık enfeksiyonlarının yayılması ile de meydana gelebilir (resim 2). Çene ucundan, dil köküne kadar uzanabilir. palpasyonda sert baskıda ağrılı bir şişlikle karakterizedir^{21, 22}.



Resim 2: Submandibular ve submental absenin klinik görünümü.

Submental aralık digastriğin anterior karnının medialinde uzanır; submandibular aralık digastrik kasın anterior ve posterior karnlarından ve hyoglossus kasının medialinden oluşur. Submental ve submandibular aralıkların insizyon ve drenajı ekstraoral bir yaklaşımla yapılmalıdır (resim 3). Mandibulanın



Resim 3: Submandibular ve submental apsenin ekstraoral açılımı.

inferior sınırında orta hatta ve orta gövdede yer alan cerrahi alanlar yeterli ulaşımı sağlar. Difüz ağız tabanı ve submandibular aralık enfeksiyonlarının cerrahi tedavisi, hava yolunun açık kalmasını sağlayıcı önlemleri de içermelidir. Hava yolu en iyi; anında agresif cerrahi müdahale ve yüksek dozda intravenöz antibiyotik uygulaması ile korunur^{20,23}.

Hava yolunun tıkanması söz konusu olduğunda veya yüksek risk taşıyan durumlarda tecrübeli bir klinisyen tarafından endotrakeal entübasyon anında yapılmalıdır. Trakeostomi sadece daha konservatif yaklaşımlar yetersiz veya uygun olmadığında düşünülmelidir. Ciddi trismus ve şişlik olduğu durumlarda fiberoptik entübasyon özellikle değerlidir²⁶. Eğer sublingual ve submandibular aralıklar bilateral olarak olaya dahil olursa, ciddi disfaji ve solunum obstrüksiyonu oluşabilir^{22,23}. Submandibular üçgen, boyun ve ağız tabanının bilateral derin enfeksiyonlarının morbidite potansiyeli yüzyıllardır bilinmektedir. Ludwig, halen kendi adını taşıyan, böyle bir enfeksiyonu 1836'da tanımlamıştır^{22,23,27}. Ludwig anjini'nin orijinal klinik tanımı submental dokunun "tahta gibi" ödemi, sublingual'de sıkı şişlik, belirgin sınırı olan boyun ödemi ve bölgesel lenf nodlarında enfeksiyon bulunmamasıydı. Thoma daha sonra submandibular aralıktan başlayan ağız tabanındaki yaygın selülitini tanımladı²⁸. Orijininin neredeyse

tamamen mandibular molarlardan kaynaklandığına değinmiştir, çünkü bu dişlerin kökleri mylohyoid kasın altına kadar uzanır. Ludwig'in enfeksiyonunun klasik tanımı hastalığın erken döneminde fluktuasyon olmadan kahverengi bir sertleşmedir ve sıklıkla prülün akıntı tanımlanmamıştır²⁸.

1943'te Williams ve Guralnick²³ mortalite oranının %54'ü geçtiği 51 vakadan oluşan bulgularını rapor etmişlerdir. Ludwig anjini'nin eski raporları, hemolitik streptokokları ve stafilokokları en sık neden olan organizmalar olarak tanımlamışlardır. Ludwig anjini ciddi olarak modern diyagnostik görüntüleme teknikleri, anaerobik kültürler ve modern hasta tedavi protokolleri kullanılarak incelendiğinde, diğer aralık enfeksiyonlarından farklı ve özgün bir enfeksiyon değildir^{1,3,4,27}. Hatta aynı organizmaların neden olduğu daha az ciddi olan diğer baş ve boyun enfeksiyonlarının ağız tabanına ve boyuna uzayan bir yayılımıdır. Komplike oral fasial selülitte patojen olarak rapor edilen anaeroblara 1970'lerden sonra daha sık rastlanması; enfeksiyondan sorumlu patojenik floranın değişiminden çok, bu organizmaların büyümesi için gerekli kültür tekniklerinin iyileşmesi olarak değerlendirilmelidir^{1,3,4,27}.

Pterygomandibular Aralık Enfeksiyonları:

Mandibula iç yüzünde meydana gelen apselerdir. Mandibula iç yüzü ve m. pterygoideus medialisin dış yüzü arasında yer alır^{29,30}. Genellikle alt yirmi yaş dişlerinden nadiren de diğer molar dişlerden kaynaklanabilir. Asepsiye dikkat edilmeden yapılan mandibular anesteziden sonrada meydana gelebileceği gibi, bölgede oluşan hematoma enfekte olmasıyla da meydana gelebilir^{29,30}. En önemli belirtileri trismus ve kollateral ödemdir. Retromandibular bölgeye baskıda ağrı, yumuşak dokuda şişlik, konuşma ve yutkunma zorluğu ve vücut ısısında artış vardır. Tedavisinde angulus mandibula hizasına insizyon yapılır. İntraoral olarak yirmi yaş dişinden 1 cm kadar lingual doğrultuda 2 cm'lik dikey insizyon yapılarak m. pterygoideus medialisle ramus mandibula arasına girilir ve dren yerleştirilir^{29,30}.

Mastikatör Aralık Enfeksiyonları:

Mastikatör aralık çiğneme kaslarının tümü, mandibular ramus, zygomatic ark ve temporal kemiği içerir²⁵. Bu aralığın şişmeleri genellikle mandibular üçüncü molar enfeksiyonları veya lateral pharyngeal kompartman ve submandibular aralığın komşu enfeksiyonları ile ilişkilidir^{11,13,20}. Masseterik alan enfeksiyonlarının klinik özellikleri trismus, ağrı, korpus ve angulus mandibula bölgesinde şişmedir. Hastada genellikle ateş ve yutkunma zorluğu vardır. Şişlikler mandibulanın medial bölgesindeki retromolar bölgede belirgin olabilirler. Mastikatör aralığın medial kompartmanının katılımı daha az görülür, ancak dikkatli incelenmezse gözden kaçabilir^{14,20}. İnsizyon ve drenaj mandibula angulusunun altından direk olarak, tercihen bir deri katlantısı içinden sağlanır^{5,19}.

Lateral ve Retropharyngeal Aralık Enfeksiyonları:

Odontojenik enfeksiyonlar lateral ve retropharyngeal aralıklara da erişebilir. Lateral pharyngeal aralığın medial duvarı karotid kılıfını oluşturan fascia ile devamlılık gösterir³¹. Retropharyngeal aralık mediastinuma doğru uzanan direkt bir yol sağlar. Lateral pharyngeal aralık enfeksiyonları lateral duvarın orta hatta doğru yer değiştirmesi ile karakterizedir. İzole mastikatör aralık katılımı damak veya uvulada bozulmaya yol açmaz. Trismus ve yutkunmada güçlük lateral pharyngeal aralık enfeksiyonlarının belirgin özellikleridir^{13,14,32}. Pharynx'in posterior ve lateralinin inspeksiyonu azalmış ağız açıklığından dolayı zor olabilir ve enfeksiyonun varlığı klinik olarak gözlemlenemeyebilir.

Klinisyen, baş ve boyun bölgesindeki enfeksiyonun primer nedenine bakmaksızın, pharyngeal aralık katılımı hakkında şüphesini korumalı ve her hastada karakteristik belirtileri incelemelidir. Lateral Pharyngeal enfeksiyonların semptomları enfeksiyonun anteriorda, posteriora ya da her iki kompartmanda birden olmasına göre çeşitlilik gösterecektir^{13,14, 32}.

Dzyak ve Zide³² anterior kompartman katılımının dört ana belirtisini tarif etmiştir. Bunlar angulus mandibulanın şişmesi ve sertleşmesi, trismus, ateş ve pharyngeal kabartıdır. Medial pterygoid kasın katılımı trismus oluşmasını sağlar. Anterior kompartman angulus mandibula seviyesinde sonlanır. Eğer hissedilirse, bu bölgeye şişlik sadece enfeksiyonun ilerleyen safhalarında belirgin hale gelebilir.

Posterior kompartman katılımı septisemi ve az miktarda ağrı veya trismus ile karakterizedir. Akut mediastinit görülebilir, çünkü bu aralık retropharyngeal aralık ile ilişkidir³³. Şişme genellikle internal ve derindir, ve retropharyngeal arkın gerisinde olduğundan dolayı atlanabilir. Chow ve arkadaşları¹³ posterior kompartman dahil olduğunda, larynx ödemeine bağlı solunum obstrüksiyonu, jugular ven trombozu ve internal karotid arter erozyonu gibi, ciddi komplikasyonları rapor etmişlerdir.

Retropharyngeal aralık genellikle lateral pharyngeal aralığın medial uzantısından dolayı enfekte olur^{14,33}. Yabancı kaynaklardan gelen travma veya travmatik nazoendotrakeal entübasyon nadiren retropharyngeal aralıkta primer enfeksiyona yol açabilir. Odontojenik enfeksiyonlara ek olarak parafaringeal enfeksiyonun orijini olan diğer bölgeler tonsiller, parotis bezi, burunu drene eden lenf nodları ve pharynxdir^{14,34}. Lateral farengeal boşluk, mastikatör boşluğun açıklığına özdeş olarak mandibula angulusundaki bir lokasyondan ekstraoral olarak drene edilebilir. İntraoral olarak pterygomandibular rafe üzerinden yapılan bir insizyon, lateral farengeal boşluğun medialine ve mastikatör boşluğun medial kompartmanının lateraline direkt bir açılma yolu sağlar¹². Aşırı bir kanama olabileceğinden dolayı lateral farengeal boşluğun üst sınırının hemen üzerine yapılan bir insizyondan kaçınılmalıdır³⁵. Pterygomandibular rafe üzerindeki mukoza insize edildikten sonra mediale ve laterale doğru yapılan künt diseksiyon komşu boşluklara giriş için olanak sağlar^{5,19}.

Maksiller ve mandibular odontojenik enfeksiyonların cerrahi ve medikal tedavileri ile bu enfeksiyonların eliminasyonunda dikkat edilmesi gereken noktalar

vardır. Gerekli cerrahi ve medikal girişimler, uygun antibiyotik profilaksisi altında, işlem sırasında oluşabilecek komplikasyonları kontrol altına alacak şekilde dikkatlice yapılmalıdır. Odontojenik enfeksiyonların tedavisinde gerek cerrahi gerek medikal girişimler esnasında hekimin tecrübesi ve anatomi bilgisi önemli rol oynar.

Kaynaklar:

- 1- Bear, S.E.: Textbook of Oral Surgery. In Kruger G.O. (ed) Surgical Bacteriology. (4th ed.) C.V. Mosby Company, St. Louis, pp : 144-69, 1974.
- 2- Goldberg, M.H., Nemerich, A.N., Marco II, W.P.: Complications after mandibular third molar surgery : A statistical analysis of 500 consecutive procedures in private practice. JADA 111 : 277 - 279, 1985.
- 3- MacGregor, A.J., Hart, P.: Bacteria of the extraction wound. J. Oral Surg. 28 : 885 - 887, 1970.
- 4- Brown, L.R., Merrill, S.S., Allen, R.E. : Microbiologic study of intra oral wounds. J. Oral Surg. 28 : 89 - 95, 1970.
- 5- Peterson, L.J.: Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery. Chapter 16 : Principles of management of and prevention of odontogenic infections. (ed.1st) C.V.Mosby Company Boston, 1987 : 383 - 407
- 6- Greenberg, N.R., et al. : Microbiologic and antibiotic aspects of infections in the oral and maxillofacial region. J. Oral Surg. 37 : 873 - 884, 1979.
- 7- Guralnick, W. : Odontogenic infections. Br Dent. J. 1984, 156: 440 - 447.
- 8- Labriola, D.J., Mascaro, J., Alpert, B.: The microbiologic flora of orofacial abscesses. J. Oral Maxillofac. Surg. 41 : 711 - 714, 1983.
- 9- Borthen, L., Heimdahl, A., Nord, C.E.: Selective suppression of the anaerobic oropharyngeal microflora with local metronidazole. Br. J. Oral and Maxillofac. Surg. 25: 49 - 56, 1987.
- 10- Shira, R.B, et.al.: Bacteriology and treatment of dental infections. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 50 (2) : 103 - 109, 1980.
- 11- Spilka CJ: Pathways of dental infections. J Oral Surg 1966: 24:111.
- 12- Goldberg MH, Topazian RG: Odontogenic infection and deep fascial space infection of dental origin. In: Topazian RG, Goldberg MH, eds. Management of infections of the oral and maxillofacial regions. Philadelphia: WB Saunders, 1981: 156—203.
- 13- Chow AW, Roser SM, Brady FA. Orofacial odontogenic infections. Ann Intern Med 1978 88: 392
- 14- Klabacha ME, Stankiewicz JA, Cleft SE: Severe soft tissue infection of the face and neck: A classification. Laryngoscope 1982; 92:1135.
- 15- Unger JN, Chintapalli KN: Computed tomography of the parapharyngeal space. J Comput Assist Tomogr 1983; 7:605.
- 16- Guindi GM: Acute orbital cellulitis: A multidisciplinary emergency. Br J Oral Surg 1983; 21:201.
- 17- Tatoi JA, LaDow SC, Disque F, et al: Meningitis and temporal lobe abscess of dental origin: Report of a case. J Oral Surg 1972; 30:423.
- 18- Hollin SA, Hayashi H, Gross SW: Intracranial abscesses of odontogenic origin. Oral Surg 1967; 23(3): 227.
- 19- Dingman R0: The management of acute infections of the face and jaws. Am J Orthod 1939; 25:780.
- 20- Stone A, Stratigos GT: Mandibular odontogenic infection with serious complications. Oral Surg 1979; 47:395.
- 21- Eames FA, Peters JC: CT findings in lingual abscess. J Comput Assist Tomogr 1983; 7(3): 544.
- 22- Grodinsky M: Ludwig's angina: Anatomical and clinical study with review of literature. Surgery 1939; 5:678.
- 23- Williams AC, Guralnick WC: Diagnosis and treatment of Ludwig's angina Report of 20 cases. N Eng J Med 1943; 228:443.
- 24- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE: Oral and Maxillofacial Pathology. Edition 1st W.B. Saunders Company, Philadelphia 1995, pp:31-33, pp: 322-357
- 25- Kamijoh Y: Oral Anatomy I. Osteology. Tokyo: Anatom, 1978:217
- 26- Schwartz HC, Bauer RA, Davis NJ, et al: Ludwig's angina: Use of fiberoptic laryngoscope to avoid tracheostomy. J Oral Surg 1974; 32F:608.
- 27- Gross BD, Roark DT, Meador RC, et al: Ludwig's angina due to bacteroides. J Oral Surg 1976; 34 : 456.
- 28- Gorlin RJ, Goldman HM. Thoma's oral pathology 1. St Louis: CV Mosby, 1970:368.
- 29- Tyldesley. W.R: A Colour Atlas of Orofacial Diseases, 2nd ed., Wolfe Publishing Ltd., London 1991.
- 30- Sowray JH: Acute infections arises from dental causes. In: Moore JR: Surgery of the Mouth and Jaws. 1st ed. Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1985; p:213-248.
- 31- Zangenbrunner DJ, Dajani S: Pharyngomaxillary space abscess with carotid artery erosion. Arch Otolaryngol 1971; 94:447.
- 32- Dzvack WR, Zide MF: Diagnosis and treatment of lateral pharyngeal space infections. J Oral Maxillofac Surg 1984; 42:243.
- 33- Levine TM, Wurster CF, Krespi YP: Mediastinitis occurring as a complication of odontogenic infections. Laryngoscope 1986; 96:747.
- 34- Herbild D, Bonding P: Peritonsillar abscess. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1981; 107:540.
- 35- Gehna M, Canalis RF, Alexander JW, Leonard JR, Trail ML: Vascular complications of deep neck abscesses. Laryngoscope 1967; 77:364.

Yazışma Adresi:

Ufuk Ateş

Adres: Başkent Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı
11. Sokak No: 26 Bahçelievler / Ankara
Tel: 0 312 2151336
Fax: 0 312 2152962
E-mail: ufukates@gmail.com